

## تبیین دیدگاه زنان در درمان اختلال نعوظ همسرانشان

گیتی ازگلی<sup>۱</sup>، سعیده ضیایی<sup>۲</sup>، فضل‌اله احمدی<sup>۳</sup>، ماهیار آذر<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** با توجه به شیوع اختلال نعوظ و تأثیر آن بر زوجین و عدم جستجوی درمان در مردان مبتلا به اختلال نعوظ، مطالعه حاضر با هدف چگونگی درمان مردان مبتلا به اختلال نعوظ از منظر همسران آن‌ها انجام شد.

**روش:** نمونه‌گیری در این تحقیق کیفی به صورت هدفمند و از بین مراجعین به مراکز بهداشتی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و یک مرکز سلامت خانواده صورت گرفت و تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت. در مجموع ۱۶ مصاحبه عمیق ساختار نیافته انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها و به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی به صورت مقایسه مداوم داده‌ها انجام گرفت. شرط ورود به مطالعه، داشتن تجربه حداقل ۶ ماه اختلال نعوظ همسران بود.

**یافته‌ها:** یکی از درون‌مایه‌های اصلی مطالعه، بی‌توجهی به درمان بود که با ادغام طبقات «کاهش جذابیت رابطه جنسی برای مرد، نگرش مردسالارانه و میزان ناتوانی در برقراری رابطه جنسی» مشخص شد. دیگر درون‌مایه به دست آمده در این پژوهش، سردرگمی در درمان بود که با ادغام طبقات «نظرات زن نسبت به مشکل، مداخلات درمانی زوجین و انتظار از درمان» مشخص شد.

**نتیجه‌گیری:** غلبه مردان و رفتار منفعل زنان، عامل مهمی در عدم جستجوی مردان مبتلا به اختلال نعوظ می‌باشد. مشاوره با همسر جهت نحوه تعامل با این مردان، روند کنونی جستجوی درمان مردان را بهتر می‌کند.

**کلید واژه‌ها:** اختلال نعوظ، اختلال عملکرد جنسی، زوجین، رابطه جنسی، تحقیق کیفی

**ارجاع:** ازگلی گیتی، ضیایی سعیده، احمدی فضل‌اله، آذر ماهیار. تبیین دیدگاه زنان در درمان اختلال نعوظ همسرانشان. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۲): ۱۷۴-۱۶۲.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۳/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۲/۰۱

سن، مصرف داروهایی مانند ضد افسردگی‌ها (۴-۲)، سبک زندگی، فقدان فعالیت، مشکلات خواب، بیماری‌های مزمن کبدی- کلیوی، اختلالات غدد، وضعیت عصبی، الکل و اعتیاد یا علل غیر ارگانیک (Nonorganic) و روانی مانند ارتباط بین فردی، افسردگی و اضطراب عملکردی ایجاد شود (۲)، اما منشأ نعوظ بیشتر به صورت چند عاملی و با تعامل عوامل ارگانیک، روانی و رفتاری ایجاد می‌شود (۵).  
در سال ۱۹۹۵، ۱۵۲ میلیون مرد در سراسر جهان مبتلا

## مقدمه

اختلال نعوظ (Erectile dysfunction) به عنوان یک نشانه و نه یک بیماری و به معنی نداشتن یا ناکافی بودن نعوظ جهت مقاربت است و باید پایدار یا عود کننده به مدت حداقل سه ماه باشد (۱). اختلال نعوظ می‌تواند با علل ارگانیک (Organic) مانند دیابت میلیتوس، چاقی، فشار خون بالا، بیماری‌های پروستات، دیس‌لیپیدمی (Dyslipidemia)، مسایل قلبی-عروقی، صدمات لگنی همچون جراحی، رادیوتراپی، افزایش

۱- دانشجوی دکتری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- استاد، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول: دکتر سعیده ضیایی

Email: ziaei\_sa@modares.ac.ir

درمان این مشکل نیستند یا آن را قطع می‌کنند، نیاز به بررسی بیشتری دارد (۱۳).

مطالعات در سایر کشورها تأکید بر تأثیر محوری قدرت زن در جستجو، دریافت و ادامه درمان اختلال نعوظ مردان دارد (۱۹-۱۵، ۵)؛ بنابراین در رویکردهای جامع‌نگر (Holistic approach) جهت ارزیابی و درمان به نقش محوری شریک جنسی توجه شده است (۲)، اما بیشتر مردانی که حتی درصدد درمان هستند، خود به تنهایی به کلینیک مراجعه می‌کنند و در تعداد کمی از آن‌ها اگر از همسر دعوت شود، موانع فرهنگی، اجتماعی و مذهبی بر سر ارزیابی‌شان وجود دارد (۲۰).

رابطه جنسی دو طرفه است؛ بنابراین وقتی مشکل جنسی حتی به ظاهر با منشأ مردانه در زندگی زناشویی رخ می‌دهد، هنگامی درمان‌ها موفق‌تر خواهد بود که هویت زوجی پیدا کند. یعنی هر یک از زوجین خود و یا دیگری را عامل ایجاد مشکل ندانند؛ چرا که رابطه دینامیک همسران در بروز مشکل جنسی تأثیر و تأثراتی دارد که برگرفته از زمینه زندگی مشترک است. پس در زندگی‌های مشترک بهتر است به جای واژه مشکل جنسی زن یا مشکل جنسی مرد، مشکل جنسی زوج گفته شود (۲۱). با شناخت دیدگاه زن، می‌توان در وهله اول به جایگاه هویت زوجی مشکل در زندگی زناشویی پی برد و همچنین مداخلات مناسب توانمندسازی زن برای ترغیب همسران جهت درمان را طراحی کرد. اختلال عملکرد جنسی از طرف محور قدرت خانواده (که زن از جهات متعدد به او وابسته است)، واکنش‌هایی را در پی خواهد داشت که مربوط به این فرهنگ و جامعه می‌باشد؛ چرا که در این فرهنگ زنان اطلاعات مربوط به رابطه جنسی را به عنوان یک راز تلقی می‌کنند و حتی با وجود مشکلات فراوان، ترجیح در کتمان کردن آن دارند و باور و نگرش‌شان نسبت به رابطه جنسی نادرست است (۲۲).

ساختارهای فرهنگی باعث شده است تا باور این که رابطه جنسی باید با مهارت و خبرگی از طرف مرد انجام شود، شکل گیرد (۲۳). عدم دسترسی زوجین به اطلاعات علمی و موثق در خصوص اختلالات جنسی و محدود بودن مراکز درمانی مربوطه نیز در این میان وجود دارد (۲۴). در عین حال مانند

به اختلال نعوظ بودند و پیش‌بینی می‌شود که این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۳۲۲ میلیون نفر برسد و بالغ بر ۱۵ میلیون دلار هزینه صرف درمان آن گردد (۶). شیوع اختلال نعوظ بسته به جمعیت‌های مورد مطالعه و عوامل مرتبط، ابزارهای تشخیصی، درصد پرسش‌نامه‌های تکمیل شده و نحوه پاسخگویی خوداجرا یا تلفنی، ۱/۷ درصد در مردان بالای بیست سال تا ۷۶ درصد در مردان ۸۰-۷۰ سال ذکر شده است (۱). در مطالعه‌ای که در ۲۸ استان کشور در سال ۲۰۰۳ منتشر شد، این شیوع ۱۸/۸ درصد ذکر گردید (۷). مطالعات نشان داده است که اختلال نعوظ بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی و رابطه زناشویی زن و مرد اثرگذار است (۸-۱۱). مطالعه‌ای در ایران نشان داد که شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان ۳۱/۵ درصد می‌باشد که از این تعداد، ۸۲ درصد مشکل اختلال نعوظ همسرانشان را ذکر کرده‌اند (۱۲).

با وجود شیوع اختلال نعوظ و تنش‌زا بودن این مشکل جنسی، اما این امر هنوز از لحاظ بالینی مورد غفلت قرار می‌گیرد. Fisher و همکاران گزارش کردند که ۵۰-۳۰ درصد مردان جهت خدمات تخصصی مراجعه می‌کنند، اما فقط حدود نیمی از آنان دارو دریافت کرده، بیشتر آنان درمان را قطع می‌کنند (۱۳). مراجعه جهت درمان در مطالعه کشوری ایران و خودگزارشی اختلال نعوظ، فقط ۱۰ درصد ذکر شده است (۷). مطالعات موجود نشان می‌دهد که برای حدود نیمی از مردان مبتلا، صحبت در این خصوص با شریک جنسی خود و مشاوره با متخصص مشکل می‌باشد و به علت این که اختلال نعوظ مانند یک تابو است، مانع ارتباطی بین زوجین و متخصصین وجود دارد (۱۴). مطالعه مقایسه‌ای در شش کشور که بر روی ۳۲۶۴۴ مرد انجام شد، نشان داد که مهم‌ترین علت عدم مراجعه در مردان جوان‌تر، تصور بهبودی خودبه‌خود و در مردان پیرتر، طبیعی فرض کردن این اختلال با افزایش سن می‌باشد. موانع دیگر جهت مراجعه، مشکل صحبت کردن درباره آن، انکار اختلال نعوظ، عدم تمایل به مصرف دارو، عدم اهمیت به موضوع، تصور این که اقدامی برای درمان آن مؤثر نیست، نگرانی از داشتن مشکل جدی و از عهده بر نیامدن ذکر شده است (۱۵). دلایل این که مردان به دنبال

سایر جوامع رضایت جنسی زوجین با رضایت زناشویی مرتبط است (۲۵) و تأکید بر ارزش قداست خانواده و اختصاص علایق زوجیت به همسر قانونی حتی در قوانین وجود دارد (۲۶). از طرف دیگر در بررسی‌های به عمل آمده، مطالعه‌ای با محوریت زنان همسران مبتلا به اختلال نعوظ در ایران به دست نیامد؛ بنابراین در این مطالعه به تبیین دیدگاه زنان در خصوص درمان اختلال نعوظ همسرانشان پرداخته شد.

### روش

داده‌ها با ۱۶ مصاحبه عمیق با زنانی که تجربه اختلال نعوظ همسر را حداقل در طی ۶ ماه تجربه کرده بودند، به دست آمد. روش نمونه‌گیری نیز به صورت هدفمند بود. نمونه‌های مورد مطالعه توسط ماما‌های ارایه دهنده خدمات مراکز بهداشتی-درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی یا ارولوژیست یکی از مراکز مشاوره سلامت خانواده معرفی می‌شدند. نمونه‌گیری تا حد اشباع داده ادامه یافت.

در شروع مصاحبه، ابتدا پژوهشگر خود را معرفی و هدف پژوهش را توضیح می‌داد. در صورت رضایت مشارکت کنندگان مصاحبه شروع و ضبط می‌شد. سؤال راهنمای مصاحبه «وقتی همسران مبتلا به اختلال نعوظ شد چه کردید؟» بود. قبل از مصاحبه با همه افراد تماس تلفنی گرفته می‌شد و هدف کلی پژوهش برایشان توضیح داده می‌شد تا با اطلاع به همسر جهت مصاحبه مراجعه نمایند. تحلیل داده‌ها با روش تجزیه و تحلیل محتوای قراردادی (Qualitative content analysis) [که در این شیوه طبقه‌بندی و کدگذاری‌ها به طور مستقیم از داده‌های متنی خام استخراج می‌شود (۲۷)]، انجام شد. تحلیل محتوای کیفی یک روش تحقیق است که به منظور تفسیر ذهنی (Subjective interpretation) محتوای داده‌های مکتوب به کار می‌رود. تحلیل محتوا فراتر از استخراج محتوای برگرفته از داده‌های متنی می‌باشد و از این طریق می‌توان درون‌مایه‌ها را از درون داده‌های شرکت کنندگان و مطالعه آشکار کرد؛ بنابراین محقق بعد از انجام مصاحبه، ابتدا آن‌ها را با دقت گوش می‌داد و بعد از به دست آوردن دید کلی نسبت به آن‌ها، تمام مصاحبه‌ها را به صورت کامل مکتوب می‌کرد. سپس متن

مکتوب مصاحبه‌ها سطر به سطر خوانده می‌شد، جملات و عبارات مهم تعیین و کدها بر اساس واحدهای معنا (Meaning unit) برگرفته از توصیفات شرکت کنندگان کشف می‌شد. سپس بر اساس شباهت، کدها ادغام و دسته‌بندی گردید. این روند ادامه یافت تا مفاهیم، به صورت کدبندی، خلاصه‌سازی و طبقه‌بندی شد و درون‌مایه‌ها استخراج گردید و مفاهیم آشکار و پنهان دیدگاه شرکت کنندگان مشخص شد.

جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از معیار موثق بودن، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری استفاده گردید (۲۸، ۲۹). بدین منظور بررسی معانی پژوهش توسط مشارکت کنندگان، درگیری طولانی با داده‌ها، تخصیص زمان کافی به مشارکت کنندگان در جلسات متعدد و شرایط مختلف، ضبط مصاحبه‌ها، استفاده از لغات خود مشارکت کنندگان، ثبت مصاحبه بلافاصله بعد از انجام آن و استفاده از یادداشت‌های در عرصه صورت گرفت. تیم پژوهش، تطبیق طبقات و معانی به دست آمده پژوهشگر را با متن مصاحبه‌ها بررسی کردند. همچنین بخش‌هایی از متن مصاحبه‌ها به همراه کدها، زیرطبقات و طبقات استخراج شده مورد ارزیابی ناظرین خارج از تیم تحقیق و آشنا به روش تحقیق کیفی قرار گرفت.

تلاش آگاهانه محقق برای وضوح مصاحبه‌ها توسط مصاحبه شونده‌ها انجام شد. بیشترین تنوع نمونه‌ها از لحاظ سن، تحصیلات، مدت ازدواج، شدت اختلال نعوظ، زمان شروع اختلال نعوظ و تعداد فرزند وجود داشت. پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به تأیید رسید و ضمن اخذ رضایت شفاهی، ملاحظات اخلاقی رعایت شد. بدین ترتیب که قبل از شروع مصاحبه‌ها، به تمام مشارکت کنندگان در خصوص هدف پژوهش و روش آن توضیح داده شد. بر این نکته تأکید گردید که هویت هیچ یک از مشارکت کنندگان در تمام مراحل تحقیق فاش نخواهد شد و اطلاعات استخراج شده به صورت برابندی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

### یافته‌ها

بی‌توجهی مرد به درمان و سردرگمی در درمان درون‌مایه‌های اصلی بودند. ویژگی‌های مشارکت کنندگان در جدول ۱ ذکر

مراحل ارزیابی و درمان همسر خود را همراهی می‌کنند یا حتی اگر همسر پیش‌قدم حل مشکل نیست، با کمک از مشاوره‌های تخصصی، نحوه تعامل با مردان مبتلا را جستجو می‌کنند و آن را به کار می‌برند که در این راه موفق می‌شوند.

دو درون‌مایه اصلی به دست آمده از نحوه جستجوی درمان مردان مبتلا به اختلال نعوظ از منظر همسران شامل «بی‌توجهی مرد به درمان و سردرگمی در درمان» بود. طبقات و زیرطبقات به شرح جدول ۲ می‌باشد.

جدول ۲: درون‌مایه، طبقات و زیرطبقات جستجوی درمان مردان

مبتلا به اختلال نعوظ از منظر همسران		
زیرطبقات	طبقات	درون‌مایه
مشکل جنسی در زن	کاهش جذابیت رابطه	بی‌توجهی مرد به درمان
نادیده گرفتن نیاز جنسی	جنسی	
بی‌توجهی به نیاز زن	نگرش مردسالارانه	
انکار مشکل نعوظ		
باور نادرست نسبت به درمان	شدت ناتوانی در	سردرگمی در درمان
شدت اختلال	برقراری رابطه جنسی	
عامل همراه مؤثر بر ایجاد اختلال	نظرات زن نسبت به مشکل	
مشکل مردانه	مشکل	
مشکل زوجین	مداخلات درمانی	انتظارات از درمان
درمان خودسرانه		
درمان تخصصی		
اصلاح اختلال نعوظ		
اصلاح مشکلات جنسی		
حل مشکل ناباروری		

### ۱- بی‌توجهی مرد به درمان

یافته‌ها نشان داد که گاهی بروز اختلال نعوظ در مرد، به دنبال امتناع یا بدکارکردی جنسی زن می‌باشد؛ بنابراین اختلال نعوظ در پاسخ به مشکل جنسی زن ایجاد می‌شود و در نتیجه رابطه جنسی برای مرد (که مرتب با واکنش پس زدن مواجه می‌شود) جذابیت ندارد.

#### - کاهش جذابیت رابطه جنسی

مشارکت کننده شماره ۱۲ (۴۲ ساله، همسر ۴۸ سال، مدت ازدواج ۲۳ سال): «همسر من ۲۰ روز یک بار هم نمی‌تواند سرانجام بیاورد... وقتی هم می‌آید من به اعتراض می‌کنم و می‌گویم اگر تو این قدر منو اذیت نکنی این جور نمی‌شوم... من ترجیح

داده است. همسران مردان دارای اختلال نعوظ مدت ابتلا را از ۶-۱ سال، زمان شروع اختلال را از ابتدای ازدواج تا یک سال اخیر، شدت اختلال را در حد شدید بدون حتی یک مقاربت موفق از زمان بروز اختلال تا توانایی انجام مقاربت به صورت گاهی اوقات ذکر کردند. مشارکت کنندگان عوامل همراه اختلال نعوظ را در مردان «بیماری دیابت، بیماری روانی و ناهنجاری مادرزادی تشخیص داده شده توسط پزشک، اعتیاد، کهنولت سن، تنش و فشار کاری» به استناد گفته مردان و یا ناشناخته ذکر کردند.

جدول ۱: ویژگی‌های زنان همسران دارای اختلال نعوظ

ویژگی	حداکثر - حداقل
سن (سال)	۲۹-۵۳
مدت ازدواج (سال)	۲-۴۰
سن ازدواج (سال)	۱۱-۳۶
سن همسر (سال)	۳۲-۸۰
تعداد فرزندان	۰-۵
تحصیلات	کارشناسی ارشد-بی‌سواد
دفعه ازدواج (بار)	۱-۲
اختلاف سن با همسر	۱-۳۶ سال بزرگ‌تر
شغل	شاغل - خانه‌دار

زنان مشارکت کننده در مطالعه درک کردند که مردان بنا به دلایل کاهش جذابیت رابطه جنسی که یا خود احساس نیاز نمی‌کنند یا همسرانشان اختلال عملکرد جنسی دارند و یا با نادیده گرفتن نیاز جنسی خود و همسر با اختلال نعوظ موقت یا شدید و با توجه به باورهای نادرست نسبت به درمان، به جستجوی درمان نمی‌پردازند؛ اگر هم تقاضای درمان وجود داشته باشد، زنان منفعلانه نسبت به مشکل، آن را مردانه می‌دانند و در کل تقاضایی در جهت جستجوی درمان ندارند یا گاهی با تقاضایی غیر ماهرانه، مرد را تشویق به درمان و مهم‌تر از آن ادامه درمان نمی‌کنند. در بعضی مواقع مداخلات درمانی خودسرانه نیز از طرف زوجین انجام می‌شود. در تعداد کمی از مردان که با هدف باروری یا برطرف شدن مشکل جنسی جهت درمان به مراکز تخصصی مراجعه می‌کنند، حتی با اصلاح اختلال نعوظ، رضایتمندی جنسی زوجین وجود ندارد. تعداد کمی از زنان با توجه به این که این مشکل را مربوط به زوجین می‌دانند، در تمام

می‌دهم (رابطه جنسی) نباشد، وقتی نباشد اصلاً حتی فکرش را هم ندارم».

غفلت از درمان در مردان گاهی به علت نادیده گرفتن نیاز جنسی خودشان است. مشارکت کننده شماره ۱۶ (۳۸ ساله، همسر ۴۱ سال، مدت ازدواج ۹ سال): «شوهر من اختلال نعوظ دارد، نه این که میل جنسی نداشته باشه... دوست داره رابطه داشته باشه، اما نمی‌تونه. داروهای مختلف گرفته، اما الآن دیگه ول کرده».

#### - نگرش مردسالارانه

گاهی بی‌توجهی به نیاز جنسی زن، عامل بی‌توجهی به درمان در مرد است. مشارکت کننده شماره ۷ (۴۲ ساله، همسر ۴۸ سال، مدت ازدواج ۷ سال): «گفتم دیابت روی سردمزاجی اثر داره... خوب من ازش مرتب (رابطه جنسی) نخوام تا اذیت نشه، اما زمان‌هایی که نیاز دارم سراغش می‌رم... می‌گه خسته‌ام بنار بعد و این اومدنش گاه دو سه ماه طول می‌کشه... عاشق شیرینیه اصلاً دکتر نمی‌ره، حتی برای یک سری مسایل کاریش که مشاوره رفته بود مشکل جنسی‌اش رو مطرح نکرد».

در بعضی مواقع مرد در کل داشتن مشکل را انکار می‌کند و به امید حل خودبه‌خودی مشکل، جهت درمان مراجعه نمی‌کند. مشارکت کننده شماره ۱۴ (۳۰ ساله، همسر ۳۴ سال، مدت ازدواج ۶ سال): «برای دکتر رفتن دروغ می‌گه یا امروز و فردا می‌کنه... می‌گه مشغله کاریم زیاده، کارم کم بشه مشکلم حل می‌شه».

گاهی باورهای نادرست نسبت به درمان وجود دارد و بدون اعتماد کامل به یک روند تشخیصی و درمانی، به صورت ناقص رجوع می‌کنند و موفقیت حاصل نمی‌شود. مشارکت کننده شماره ۴ (۳۳ ساله، همسر ۳۲ سال، مدت ازدواج ۲ سال): «توی این دو سال خیلی دکتر و درمان رفت... ۶ ماه قبل رفتیم ارولوژیست، کرم داد و خوب نشد... از ماهواره تبلیغات یه دارویی را دیدم ۳ تا بسته سفارش دادم از ترکیه آوردند، ولی تأثیری نداشت... روان‌پزشک هم رفتیم، طب سنتی هم رفت حل نشد، این مرکز... گفتند اگه مشکل جسمی باشه حل می‌شه، اگه روحی باشه مشکله. دیگه دکتر و

دارو نمانده که نکرده باشه».

در بعضی مواقع مردان حتی طرح مشکل را برای متخصص ناپسند می‌دانند. مشارکت کننده شماره ۸ (۴۳ ساله، همسر ۴۵ سال، مدت ازدواج ۲۳ سال): «از بیمارستان دکترش زنگ زدند و گفتند چون داروهای اعصابی که می‌خوره روی زناشویی‌ش اثر داره، تاریخ... بیاین بیمارستان... تا دکتر راهنماییتون کنه. وقتی بهش گفتم بریم، قبول نکرد و گفت اینا چیزایی نیست که آدم به دکترش بگه».

گاهی درمان را توأم با عوارض می‌دانند و از ادامه آن امتناع می‌کنند. مشارکت کننده شماره ۱۱ (۳۳ ساله، همسر ۶۰ سال، مدت ازدواج ۲ سال): «می‌گه این قرص‌هایی که دکتر بهم داده می‌خورم قلبم درد می‌گیره... بسته قرصشو توی سطل آشغال دیدم... زنگ زدم از دکترش پرسیدم، بهم گفت خانم چیزایی که من دادم ربطی به قلب درد نداره، اما می‌ترسه و داروهاشو نمی‌خوره».

#### - شدت ناتوانی در برقراری رابطه جنسی

شدت ناتوانی مرد در برقراری رابطه جنسی نیز از مواردی است که می‌تواند موجب بی‌توجهی مرد به درمان شود؛ به طوری که اگر این اختلال همیشگی نباشد جهت درمان مراجعه نمی‌کنند. مشارکت کننده شماره ۱۰ (۴۳ ساله، همسر ۴۹ سال، مدت ازدواج ۳۲ سال): «تنبلی می‌کنه، دکتر نمی‌ره... آخه این مشکلم گاهی اوقاته».

در عده‌ای حتی اگر مشکل شدید هم باشد، مراجعه نمی‌کنند. مشارکت کننده شماره ۱۴ (۳۰ ساله، همسر ۳۴ سال، مدت ازدواج ۶ سال): «بعد از ۶ سال هنوز دخترم... رفتم دکتر گفت مشکلی ندارم، گواهی هم از پزشکی قانونی دارم... دکترهم نمی‌ره».

نوع عامل همراه و علت به وجود آورنده این اختلال در نظر مرد نیز از مواردی بود که بر جستجوی درمان تأثیر داشت. مردان گاهی اختلال نعوظ را مربوط به کهولت سن می‌دانند و جهت درمان مراجعه نمی‌کنند. مشارکت کننده شماره ۱۵ (۵۳ ساله، همسر ۷۰ سال، مدت ازدواج ۴۰ سال): «می‌گه خواست خداست که سن بره بالا مرد از این کار می‌افته و زن هم از سرمایه (قاعدگی)، کاریش هم نمی‌شه

کرد... خواست خداست».

در بعضی مواقع مشکلات اقتصادی و هزینه بالای درمان موجب عدم مراجعه جهت درمان می‌شود. مشارکت کننده شماره ۲ (۴۴ ساله، همسر ۸۰ سال، مدت ازدواج ۸ سال): «یکی گفت درمان هست قبلاً که دکتر رفتیم ۱۵ هزار تومن می‌دادیم... الان شنیدم ۴۰ هزار تومن شده که خیلی گرونه، نمیداد. وقتی بهش می‌گم، می‌گه همین طوری خوبه».

## ۲- سردرگمی در درمان

### - نظرات زن نسبت به مشکل

بیشتر زنان این مشکل را موضوعی مردانه می‌دانند و حتی از همسران تقاضای درمان هم نمی‌کنند. مشارکت کننده شماره ۹ (۵۳ ساله، همسر ۷۰ سال، مدت ازدواج ۳۹ سال): «من اصلاً نمی‌دونم چرا این جوریه... یه خرده بازی می‌کنه می‌بینه (نعوظ) نمی‌شه می‌ره می‌خوابه... خودش نمی‌تونه به من ربطی نداره، خودش هم دکتر نمی‌ره».

یا بدون داشتن مهارت ارتباطی کافی در نحوه گفتگو با مرد در زمان بروز اختلال نعوظ، به گفتن کلام مستقیم روی می‌آورند. مشارکت کننده شماره ۵ (۳۳ ساله، همسر ۴۰ سال، مدت ازدواج ۱۴ سال): «بهش می‌گم خوب من می‌خوام (نیاز جنسی)، می‌گه نه تو همش فکر این چیزا را می‌کنی... بهش گفتم فکر کنم تو مریضی باید بری دکتر، رفت دکتر... اما بعد ول کرد».

عده کمی از زنان اگرچه رخداد اختلال نعوظ را در مرد می‌دانند، اما مشکل جنسی ایجاد شده و در نتیجه جستجوی درمان آن را مربوط به زوجین می‌دانند. مشارکت کننده شماره ۱ (۲۹ ساله، همسر ۴۵ ساله، مدت ازدواج ۵ سال): «بیماری باعث شده همدیگه را بیشتر بشناسیم... من این موضوع رو مشکل ایشون نمی‌دونم، فقط ایشون را بیمار دونستم که باید کمکش کنم... حالا هر جا دکتر و آزمایش می‌ره باهاش می‌رم... اول زندگی مشکلات دیگه‌ای داشتیم که با هم حلش کردیم، اینو هم با هم حل می‌کنیم».

گاهی حتی اگر مرد پیش قدم حل مشکل نشود، عده کمی از زنان جهت نحوه تعامل با همسر جستجوی تخصصی

می‌کنند. مشارکت کننده شماره ۱۳ (۳۸ ساله، همسر ۳۷ سال، مدت ازدواج ۲۰ سال): «با یک روان‌پزشک صحبت کردم و مشکلمونو گفتم، بهم توصیه کرد که من پیش قدم بشم... این که چه جوری باهاش رفتار کنم و چه جوری باشم خیلی مؤثر بود».

### - مداخلات درمانی

زوجین جهت اصلاح اختلال نعوظ گاهی درمان خودسرانه با دارو یا حتی با مواد غذایی را انجام می‌دهند. مشارکت کننده شماره ۵ (۳۳ ساله، همسر ۴۰ سال، مدت ازدواج ۱۴ سال): «دوستم یه قرصی رو گفته بود بهش بدی دو ساعته خوب می‌شه، با چایی زعفران و نبات حل کردم و دادم خورد. گفت چرا این مزه است، گفتم طعم نباتشه، اما هیچ تغییری نکرد». برخی از زوجین با توجه به آگاهی از وجود بعضی افراد یا مراکز تخصصی، جهت تشخیص و درمان مراجعه می‌کنند. این مراجعه گاه با همراهی زن و گاه بدون همراهی زن است. مشارکت کننده شماره ۱ (۲۹ ساله، همسر ۴۵ سال، مدت ازدواج ۵ سال): «اطلاعات این جا (کلینیک) را محرمانه گرفتیم... از این ور و اون ور پرس و جو کردیم، گفتند بیا این جا... دکتر این جا همه چیزو برامون توضیح می‌ده و منو خیلی تشویق می‌کنه که همسرمو همراهی کنم».

مشارکت کننده شماره ۳ (۲۷ ساله، همسر ۳۲ سال، مدت ازدواج ۳ سال): «اصلاً شماره کلینیک ... را یکی از فامیل‌ها اول ازدواج بهم دادند که اگر یه موقع مشکل داشتیم این جا بریم... من باهاش نمی‌رم، فکر نمی‌کنم لازم باشه برم».

### - انتظارات از درمان

انتظار عده‌ای از درمان فقط اصلاح نعوظ نیست، بلکه حل مشکل جنسی است؛ بنابراین اگر اختلال نعوظ به صورت فیزیکی درمان شود، اما مشکل جنسی پا بر جاست و حتی اگر اختلال صورت فیزیکی درمان شود، اما درمان قطع می‌شود.

مشارکت کننده شماره ۵ (۳۳ ساله، همسر ۴۰ سال، مدت ازدواج ۱۴ سال): «دکتر دارویی داده بود و گفته بود ۵-۶ ساعت قبل از این که بخوای نزدیکی داشته باشی اینو بخور... (همسرم) یکی دو بار خورد، گفت زود باش انجام بدیم تموم بشه، بدون هیچ آمادگی، گفتم نمی‌خوام... نکنیم. تا این که من



تا صبح از درد به خودم بیچم... دیگه نخورد و گفت این بدتره... انگار فقط نعوظ هست، اما هیچ میلی ندارم».

اما گاه انتظار عده‌ای دیگر از درمان، اصلاح مشکل نعوظ است. مشارکت کننده شماره ۲ (۴۴ ساله، همسر ۸۰ سال، مدت ازدواج ۸ سال): «تفاقی می‌افته میاد سراغم، اما نمی‌تونه... ۱۰ سالشه، قندش هم بالاست بازی می‌کنه، معاشقه می‌کنه، اما من دوست دارم نزدیکی کنه نه فقط بازی... درمان هم نمی‌ره بکنه».

انتظار عده‌ای دیگر از درمان، حل مشکل ناباروری است. مشارکت کننده شماره ۳ (۲۷ ساله، همسر ۳۲ سال، مدت ازدواج ۳ سال): «وایل همسرم زیر بار نمی‌رفت این‌جور جاها بره (مراکز درمانی مشکلات جنسی). گفتم خوب بچه‌دار نمی‌شیم. برای ناباروری تشویقش کردم که بره و رفت». مشارکت کننده شماره ۴ (۳۳ ساله، همسر ۳۲ سال، مدت ازدواج ۲ سال): «حالا که بعد از ۲ سال مشککش حل شده، خیلی حس بدی دارم... انگار رابطه جنسی‌رو و حتی خودمو فقط برای بچه می‌خواد».

### بحث

از آنجایی که زنان دریچه ورود به سلامت دیگران از جمله همسر هستند (۳۰) و بیشتر از مردان مشکلات جنسی را مطرح می‌کنند (۳۱) و رابطه جنسی رابطه‌ای دو طرفه است؛ بنابراین در مطالعه حاضر به چگونگی درمان مردان مبتلا به اختلال نعوظ از منظر همسران پرداخته شد. بی‌توجهی به درمان، یکی از درون‌مایه‌های اصلی بود که با ادغام طبقات کاهش جذابیت رابطه جنسی برای مرد، نگرش مردسالارانه و شدت ناتوانی در برقراری رابطه جنسی مشخص شد.

مردان مبتلا به اختلال نعوظ، گاهی بنا به دلایل کاهش جذابیت رابطه جنسی که ناشی از مشکل جنسی در زنانشان و یا ناشی از نادیده گرفتن نیاز جنسی خودشان است، مراجعه نمی‌کنند. وجود فرد فعال جنسی، دسترسی به شریک جنسی مناسب و رابطه غیر جنسی مناسب از عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی می‌باشد (۳۲). اگر زوج را به عنوان یک کل در نظر بگیریم، اختلال عملکرد جنسی (Sexual dysfunction) هر

یک از زوجین می‌تواند بر دیگری اثرگذار باشد. همراهی اختلال عملکرد جنسی مردان و زنان در مطالعات دیگر نیز مشخص شده است (۳۴، ۳۳، ۱۲، ۹)؛ به عبارت دیگر در بعضی موارد در واقع اختلال نعوظ پاسخی بر اختلال عملکرد جنسی زنان می‌باشد یا خود باعث اختلال عملکرد جنسی زنان می‌شود.

مطالعه مقایسه‌ای Shabsigh و همکاران در شش کشور و بر روی ۳۲۶۴۴ مرد نشان داد که وجود اختلال نعوظ، انگیزه کافی جهت جستجوی درمان ایجاد نمی‌کند، بلکه خواستن یک ارتباط جنسی مطلوب که اختلال نعوظ آن را مختل می‌کند، عامل جستجوی درمان است و حتی مشکل اختلال نعوظ مقاوم و پایدار، پیشگویی کننده جستجوی درمان نیست (۱۵)؛ بنابراین وقتی این مردان نیاز جنسی خود را سرکوب می‌کنند و نمی‌خواهند یا به علت مشکل همسر نمی‌توانند ارتباط جنسی مطلوبی داشته باشند، مراجعه نمی‌کنند.

عده‌ای از مردان با نگرش مردسالارانه و با بی‌توجهی به نیاز جنسی زن، انکار اختلال یا باور غلط نسبت به درمان دارند و با توجه به کامل یا ناکامل بودن ناتوانی خود در رابطه جنسی، وجود عوامل همراه اختلال نعوظ مانند مشکلات اقتصادی، کهولت سن و امید به بهبودی خودبه‌خودی را راه‌حل مناسب می‌دانند و به دنبال درمان نیستند یا آن را قطع می‌کنند. مطالعه Shabsigh و همکاران (۱۵) با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. آنان ذکر کردند که مردان جوان‌تر نگرش منفی نسبت به درمان دارند و تصور می‌کنند خودبه‌خود خوب می‌شوند و مردان مسن آن را جزیی از روند طبیعی پیری می‌دانند. همچنین یافته‌های پژوهش مذکور نشان داد، مردانی که بیماری همراه با اختلال نعوظ دارند و دنبال درمان نمی‌روند، درمان آن را به حد کافی مهم نمی‌دانند؛ بنابراین بیماری همراه ممکن است ادراک مرد از اختلال نعوظ را مختل کند (۱۵). نگرانی هزینه‌های درمانی در مطالعه Chevret و همکاران نیز به عنوان مانعی جهت درمان مطرح شد (۱۱).

یافته‌های بررسی حاضر حاکی از این بود که مردان دارای مشکل اختلال نعوظ گاه به گاه و یا حتی شدید و بدون داشتن حتی یک مقاربت کامل در طی سال‌ها زندگی، جهت

تحقیق McCabe و همکاران انگیزه‌های زنان جهت درمان مردان به طور عمده مربوط به شریک جنسی‌شان بود. آنان دوست داشتند تا مردانشان احساس بهتری نسبت به خودشان داشته باشند، دارای اعتماد به نفس و احساس مردانگی بیشتری باشند تا ارتباطشان بهتر باشد (۳۷)؛ در حالی که در تحقیق حاضر چنین موضوعاتی مطرح نشد.

مطالعه‌ای در مالزی نشان داد که دید کلی زنان نسبت به درمان به خصوص در زنان مالزیایی منفی بود. ترس از ازدواج مجدد مردان به خصوص در جوان‌ترها علت این دید منفی بود. زنان هندی نگران بودند که اگر اختلال نعوظ مردان برطرف شود، نتوانند نیاز جنسی همسران را تأمین کنند و با آن تطابق داشته باشند (۳۸). در مطالعه‌ای در ژاپن نیز زنان ناآگاهی از دارودرمانی و عوارض و اثرات داروهای مربوط به اختلال نعوظ را ذکر کردند و گفتند اگر اطلاعات کافی در این زمینه داشته باشند، مردانشان را دنبال درمان می‌فرستند (۳۹).

یافته‌های Chevret و همکاران نیز نشان داد که نگرانی زنان از دارودرمانی مردان، هزینه‌های آن و عوارض جانبی است و این که بعد از درمان مرد، جهت رابطه جنسی تحت فشار باشند. همچنین این زنان معتقد بودند هر چیزی باید در مسیر خودش طی شود و دارودرمانی مداخله‌ای خلاف طبیعت است (۱۱). در یافته‌های پژوهش حاضر، موضوعاتی مانند موارد بالا مطرح نشد که این امر شاید مربوط به شرم از گفتگوی جنسی حتی بین زوجین باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، تعداد کمی از زنان که مشکل جنسی ناشی از بروز اختلال نعوظ را مربوط به زوجین می‌دانند، مرد را جهت حل مشکل همراهی می‌کنند یا حتی خود جهت حل مشکل پیش‌قدم می‌شوند. طبق نظر Riley، همراهی و مشارکت فعال زن در روند درمان موضوع مهمی است که به مردان نشان دهد این مشکل تنها مردانه نیست (۵). نقش مؤثر زنان بر درمان و ادامه آن در مطالعات دیگران ذکر شده است (۱۶، ۹، ۵، ۲) و حتی در راهنمای بالینی نیز مطرح شده است (۶، ۲)، اما همان طور که پیش‌تر ذکر شد، کیفیت این همراهی مهم است.

در مطالعه حاضر نشان داده شد که مداخلات درمانی در

درمان مراجعه نمی‌کنند. مشکل اختلال نعوظ مقاوم و پایدار، پیشگویی کننده جستجوی درمان نیست. رابطه معکوسی بین شدت اختلال و عدم جستجوی درمان وجود دارد. مردانی که اختلال شدید دارند شاید با تصور درمان‌ناپذیر بودن آن، بیشترین مقاومت را در جستجوی درمان دارند؛ چرا که از صحبت کردن درباره آن شرم دارند (۱۵)، اما Rosen و همکاران گزارش کردند که فقط ۱۰ درصد مردان با اختلال نعوظ، به عنوان مشکل شایع و استرس‌آور اما قابل درمان، دنبال درمان هستند. مراجعه به شدت اختلال و عوامل دیگر مانند باور و نگرش خاص نسبت به درمان و فشار اجتماعی و نقش دیگران و مشارکت عواملی که باعث تمایل به جستجو یا عدم جستجوی درمان می‌شود، بستگی دارد (۳۵).

مراجعه یا عدم مراجعه مردان می‌تواند به شدت تحت تأثیر عوامل اجتماعی-فرهنگی باشد؛ بنابراین احتمال دارد مردانی که جهت درمان مراجعه نمی‌کنند، بین نقش‌های سنتی و خود واقعی (Self-reliance)، کنترل عاطفی (Emotional control) و قدرت و مردانگی‌شان (Masculinity) ناسازگاری ایجاد شده باشد. به عبارت دیگر، مراجعه جهت این مشکل را ناپسند و مغایر با قدرت مردانگی خود در خانواده و اجتماع می‌دانند (۳۰) که در یافته‌های مطالعه حاضر به این ناپسندی اشاره شد.

بر طبق یافته‌های پژوهش حاضر، در صورتی که نظرات زن نسبت به مشکل به گونه‌ای باشد که مشکل را مردانه بداند، ممکن است بدون مهارت تقاضای خود را مطرح کند. مطالعه Fisher و همکاران نشان داد که گاهی همدلی و نوع صحبت زنان برداشت متفاوتی برای مردان ایجاد می‌کند (۱۳). Gerster و همکاران بیان کردند که نه تنها صحبت کردن، بلکه چگونه صحبت کردن در افزایش جستجوی درمان مهم است. صحبت کردن با یکدیگر در زمان مناسب و پررنگ کردن این که این مشکل مشترک است، جهت کاهش احساس درماندگی و موانع مرد مؤثر است (۳۶)، اما نحوه گفتگوی عده‌ای از زنان در افزایش جستجوی درمان و یا ادامه آن مؤثر نبود و در نتیجه مردان یا دنبال درمان نمی‌روند یا آن را ادامه نمی‌دهند.

عده‌ای از زنان مورد بررسی در مطالعه که مشکل را مردانه می‌دانند، حتی از مرد تقاضای درمان نمی‌کنند. در



نمی‌کند (۳۷). وقتی اختلال نعوظ به صورت مکانیکال درمان شود و دینامیکی که بین زوجین نقش بازی می‌کند در نظر گرفته نشود، اصلاح اختلال نعوظ با رضایتمندی نیست (۲). استفاده از مدل‌های Biopsychosocial (۴۲)، ارزیابی جامع و توجه به عوامل زمینه‌ای ایجاد کننده و مستعد کننده، نگهدارنده و تداوم بخش مشکلات جنسی با درمان‌های ترکیبی دارودرمانی، روان‌درمانی و سکس‌تراپی بسته به شرایط زوجین، موفقیت بهتری در درمان و ادامه آن دارد (۴۳، ۴۴، ۱۷، ۲).

مهم‌ترین محدودیت مطالعه حاضر، انجام مصاحبه فقط با زنان بود و موضوعات از دیدگاه زنان بررسی شد؛ در حالی که اگر موانع جهت انجام مصاحبه با مردان وجود نداشت، شاید یافته‌ها غنی‌تر بودند.

تفاوت اساسی در یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات دیگر در این است که بیشتر زنان مشارکت کننده مشکل را مردانه می‌بینند و برخورد منفعل (حتی تقاضای درمان هم نمی‌کنند) یا نادرست با آن دارند. از نقاط قوت این مطالعه نیز ناهمگون بودن جامعه مورد بررسی از نظر مدت زندگی مشترک، سطح تحصیلات، سن، تعداد فرزند، رجوع همسر جهت درمان و شدت اختلال نعوظ بود.

باید در تحقیقات بعدی جهت تکمیل اطلاعات به دست آمده، وزن عوامل مختلف در عدم مراجعه مردان مشخص شود. همچنین غیر از بررسی موضوع از دیدگاه دریافت کنندگان نهایی خدمات یعنی زوجین، دلایل عدم مراجعه از نظر آرایه دهندگان خدمت، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران نیز بررسی گردد.

### نتیجه‌گیری

محوریت قدرت مردان و رفتار منفعل یا نادرست و غیر مؤثر زنان مردان مبتلا به اختلال نعوظ، عامل مهمی در عدم مراجعه مردان جهت درمان است. مراجعه جهت درمان و ادامه آن در مردان مبتلا به اختلال نعوظ از طریق مشاوره با همسر (نه فقط به منظور ارزیابی)، بلکه جهت آموزش نحوه تعامل با این مردان، موفقیت بهتری از روند کنونی جستجوی درمان دارد. جهت تحقق این امر، غربالگری مشکلات جنسی در مراکز بهداشتی- درمانی توسط ماماها و پزشکان عمومی به

عده‌ای وجود دارد؛ بنابراین درمان‌های خودسرانه انجام می‌دهند. بحث گروهی متمرکز بر ۶۹ زن در مالزی (که در سه دسته هندی، مالزیایی و چینی تقسیم شدند) نشان داد، زنان چینی به درمان‌های سنتی مانند مصرف آلت تناسلی حیوانات و یا شاخ گوزن بیشتر روی می‌آورند (۳۸). مطالعه Shabsigh و همکاران در شش کشور آمریکا، انگلستان، فرانسه، آلمان، ایتالیا و اسپانیا نشان داد، در تمام کشورها به غیر از آمریکا، اجتناب از درمان پزشکی وجود دارد که این مربوط به اختلاف فرهنگی، تفاوت در دسترسی به خدمات یا در معرض و دسترس بودن تجویزات دارویی در آمریکا می‌باشد (۱۵). وقتی زوجین احساس نیاز به درمان می‌کنند و در عین حال بنا به دلایل گوناگون به خدمات تخصصی دسترسی ندارند به درمان‌های خودسرانه روی می‌آورند، اما اگر نیاز به درمان را احساس کنند و مراکز درمانی قابل دسترس (آگاهی از وجود این مراکز و نگرش مثبت جهت مراجعه، قدرت پرداخت هزینه و آرایه خدمات مناسب) وجود داشته باشد، شاید به این‌گونه مراکز مراجعه خواهد شد. چنان‌چه عده اندکی به مراکز تخصصی مراجعه کردند.

بر طبق یافته‌ها، انتظارات از درمان گاهی برطرف شدن اختلال نعوظ و گاهی حل مشکل جنسی و یا حتی درمان ناباروری است و رضایت از درمان نیز متأثر از این انتظارات می‌باشد. علاوه بر آن، همسو بودن انتظارات زوجین از درمان نیز مهم است؛ مانند آن‌چه که در یافته‌ها به دست آمد. اگر هدف مرد تولید مثل و هدف زن کیفیت رابطه جنسی باشد، با وجود اصلاح نعوظ رضایتمندی ایجاد نمی‌شود. طبق نظر زنان در مطالعه حاضر، آنانی که درمان‌های تخصصی دریافت کرده بودند بیشتر محدود به دارودرمانی بدون در نظر گرفتن رابطه زوجین بود.

اگرچه مطالعات نشان دهنده تأثیر مثبت درمان بر عملکرد جنسی و ارتباط زن و مرد است (۴۱، ۴۰، ۹)، اما آن‌چه در زندگی واقعی زوجین گوناگون با عوامل روانی مختلف رخ می‌دهد ممکن است با نتایج تحقیقات کنترل شده متفاوت باشد. رضایت زن در گرو مشارکت او در روند درمان است. از این‌رو بدون در نظر گرفتن زنان، ممکن است دارودرمانی تنها گزینه مفید درمان نباشد؛ چرا که انتظارات درمان را برآورده

## تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتیجه بخشی از رساله دکتری تخصصی بهداشت باروری مصوب دانشگاه تربیت مدرس می‌باشد. از کلیه مشارکت کنندگان، دانشگاه تربیت مدرس به جهت تصویب این طرح، آقای دکتر محمدرضا صفری‌نژاد ارولوژیست محترم، خانم‌ها بدیعی و خسروی ماماهاایی که محقق را جهت دستیابی به مشارکت کنندگان یاری نمودند و نیز معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکر و قدردانی می‌گردد.

عنوان خط نخست توصیه می‌شود. سپس جهت تکمیل ارایه خدمات تخصصی مشکلات جنسی، ارایه آن در قالب خدمات مناسب تیمی متشکل از متخصص زنان، ارولوژیست، آندرولوژیست، روان‌شناس، روان‌پزشک و سکس‌تراپیست (مانند آن‌چه در مراکز درمانی ناباروری موفق کشور وجود دارد)، پیشنهاد می‌شود تا افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر از طریق مراکز بهداشتی-درمانی ارجاع داده شوند. همچنین جهت تعمیم‌پذیری یافته‌های حاصل از این پژوهش، تحقیقات گسترده‌تر پیشنهاد می‌گردد.

## References

1. Eardley I. The Incidence, Prevalence, and Natural History of Erectile Dysfunction. International Society for Sexual Medicine 2013; 1(1): 3-16.
2. Cuzin B, Cour F, Bousquet PJ, Bondil P, Bonierbale M, Chevrete-Measson M, et al. Guidelines for general practitioners for first-line management of erectile dysfunction (updated 2010). Sexologies 2011; 20(1): 23-35.
3. El-sakka AI. Characteristics of erectile dysfunction in Saudi patients. Int J Impot Res 2004; 16(1): 13-20.
4. Derogatis LR, Burnett AL. The epidemiology of sexual dysfunctions. J Sex Med 2008; 5(2): 289-300.
5. Riley A. The role of the partner in erectile dysfunction and its treatment. Int J Impot Res 2002; 14(Suppl 1): S105-S109.
6. Qaseem A, Snow V, Denberg TD, Casey DE, Jr., Forciea MA, Owens DK, et al. Hormonal testing and pharmacologic treatment of erectile dysfunction: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2009; 151(9): 639-49.
7. Safarinejad MR. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in a population-based study in Iran. Int J Impot Res 2003; 15(4): 246-52.
8. Rosen RC, Seidman SN, Menza MA, Shabsigh R, Roose SP, Tseng LJ, et al. Quality of life, mood, and sexual function: a path analytic model of treatment effects in men with erectile dysfunction and depressive symptoms. Int J Impot Res 2004; 16(4): 334-40.
9. Fisher WA, Eardley I, McCabe M, Sand M. Erectile dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples II: association of female partner characteristics with male partner ED treatment seeking and phosphodiesterase type 5 Inhibitor Utilization. J Sex Med 2009; 6(11): 3111-24.
10. Althof SE. Quality of life and erectile dysfunction. Urology 2002; 59(6): 803-10.
11. Chevrete M, Jaudinot E, Sullivan K, Marrel A, De Gendre AS. Impact of erectile dysfunction (ED) on sexual life of female partners: assessment with the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire. J Sex Marital Ther 2004; 30(3): 157-72.
12. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Impot Res 2006; 18(4): 382-95.
13. Fisher W, Meryn S, Sand M, Brandenburg U, Buvat J, Mendive J, et al. Communication about erectile dysfunction among men with ED, partners of men with ED, and physicians: The Strike up a Conversation Study (Part I). The Journal of Men's Health & Gender 2005; 2(1): 64-78.
14. Fisher WA, Meryn S, Sand M. Communication about erectile dysfunction among men with ED, partners of men with ED, and physicians: the Strike Up a Conversation study (Part II). The Journal of Men's Health & Gender 2005; 2(3): 309.e1-309.e12.
15. Shabsigh R, Perelman MA, Laumann EO, Lockhart DC. Drivers and barriers to seeking treatment for erectile dysfunction: a comparison of six countries. BJU Int 2004; 94(7): 1055-65.
16. Althof SE, Eid JF, Talley DR, Brock GB, Dunn ME, Tomlin ME, et al. Through the eyes of women: the partners' perspective on tadalafil. Urology 2006; 68(3): 631-5.

17. Hackett G, Kell P, Ralph D, Dean J, Price D, Speakman M, et al. British Society for Sexual Medicine guidelines on the management of erectile dysfunction. *J Sex Med* 2008; 5(8): 1841-65.
18. McCabe MP, Matic H. Erectile dysfunction and relationships: views of men with erectile dysfunction and their partners. *Sexual and Relationship Therapy* 2008; 23(1): 51-60.
19. Ralph D, Eardley I, Kell P, Dean J, Hackett G, Collins O, et al. Improvement in erectile function on vardenafil treatment correlates with treatment satisfaction in both patients and their partners. *BJU Int* 2007; 100(1): 130-6.
20. Tan HM, Low WY, Ng CJ, Chen KK, Sugita M, Ishii N, et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction (ED) and treatment seeking for ED in Asian Men: the Asian Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study. *J Sex Med* 2007; 4(6): 1582-92.
21. McCarthy B. Marital Sex as It Ought to Be. *Journal of Family Psychotherapy* 2003; 14(2): 1-12.
22. Mahdavi MS, Nasimi N. The sociological study of women's marital relationship satisfaction. *Journal of Social Sciences* 2008; 2(3): 5-26.
23. Khamsehei A. Study on the sexual behavior and gender role stereotypes of the married college students in Iran: comparing sexual behavior of female and male students in the family. *Journal of Family Research* 2007; 2(8): 327-39.
24. Basirnia A, Sahimi-Izadian E, Arbabi M, Vahid-Vahdat S, Noorbala AA, Yousefi-Nooraie R, et al. Systematic Review of Prevalence of Sexual Disorders in Iran. *Iranian J Psychiatry* 2007; 2: 151-6.
25. Rahmani A, Merghati Khoei E, Alah Gholi I. Sexual Satisfaction and its Relation to Marital Happiness in Iranians. *Iranian J Publ Health* 2009; 38(4): 77-82.
26. Maarefi G. A Study on Sexual Health of Spouses Along with Ways of Attaining it in Shi'ite Perspective Based on the Ahaadith of Vasaa'eloshshi'e Book. *Daneshvar Med* 2009; 16(78): 67-74. [In Persian].
27. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
29. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
30. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med* 1992; 34(8): 907-17.
31. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Copas AJ, Macdowall W, Erens B, et al. Who reports sexual function problems? Empirical evidence from Britain's 2000 National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. *Sex Transm Infect* 2005; 81(5): 394-9.
32. Ashdown BK, Hackathorn J, Clark EM. In and out of the bedroom: Sexual satisfaction in the marital relationship. *Journal of Integrated Social Sciences* 2011; 2(1): 40-57.
33. Dean J, Rubio-Aurioles E, McCabe M, Eardley I, Speakman M, Buvat J, et al. Integrating partners into erectile dysfunction treatment: improving the sexual experience for the couple. *Int J Clin Pract* 2008; 62(1): 127-33.
34. Shabsigh R, Anastasiades A, Cooper KL, Rutman MP. Female sexual dysfunction, voiding symptoms and depression: common findings in partners of men with erectile dysfunction. *World J Urol* 2006; 24(6): 653-6.
35. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Sand M. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Curr Med Res Opin* 2004; 20(5): 607-17.
36. Gerster S, Gunzler C, Roesler C, Leiber C, Berner MM. Treatment motivation of men with ED: what motivates men with ED to seek professional help and how can women support their partners? *Int J Impot Res* 2013; 25(2): 56-62.
37. McCabe MP, Conaglen H, Conaglen J, O'Connor E. Motivations for seeking treatment for ED: the woman's perspective. *Int J Impot Res* 2010; 22(2): 152-8.
38. Low WY, Zulkifli SN, Wong YL, Tan HM. What Malaysian women believe about Viagra: a qualitative inquiry. *Aging Male* 2002; 5(1): 57-63.
39. Mita K, Kakehashi M, Hasegawa Y, Inoue Y, Shigeta M, Matsubara A, et al. Lack of information underlies women's perceptions of erectile dysfunction (ED) drugs in Japan. *J Sex Med* 2008; 5(12): 2808-15.
40. Althof SE, Rubio-Aurioles E, Kingsberg S, Zeigler H, Wong DG, Burns P. Impact of tadalafil once daily in men with erectile dysfunction—including a report of the partners' evaluation. *Urology* 2010; 75(6): 1358-63.
41. Goldstein I, Fisher WA, Sand M, Rosen RC, Mollen M, Brock G, et al. Women's sexual function improves when partners are administered vardenafil for erectile dysfunction: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Sex Med* 2005; 2(6): 819-32.

42. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2010; 7(1 Pt 2): 327-36.
43. Corona G, Bandini E, Fisher A, Elisa M, Boddi V, Balercia G, et al. Psychobiological correlates of women's sexual interest as perceived by patients with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2010; 7(6): 2174-83.
44. Montorsi F, Adaikan G, Becher E, Giuliano F, Khoury S, Lue TF, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2010; 7(11): 3572-88.

## Women's Perception of Their Husbands' Treatment of Erectile Dysfunction

Giti Ozgoli<sup>1</sup>, Saeideh Ziaei<sup>2</sup>, Fazlollah Ahmadi<sup>3</sup>, Mahyar Azar<sup>4</sup>

## Original Article

## Abstract

**Introduction:** Given the prevalence of erectile dysfunction (ED) and its impact on couples, and lack of treatment seeking, this study has been conducted to investigate men's treatment interventions for ED from their spouses' view point.

**Method:** This is a qualitative study. Purposeful sampling was performed among women in health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, and a family health center and continued until data saturation. In addition, 16 in-depth unstructured interviews were performed. Conventional qualitative content analysis and constant comparison were performed simultaneous to collecting data. The inclusion criterion of the study was at least 6 months experience of erectile dysfunction of the husband.

**Results:** Disregard for treatment was one of the main themes and was formed from the integration of the categories of decrease in sexual relationship attractiveness, masculine attitude, and disability in having sex. Confusion in treatment was the other theme which was formed from integration of the categories of the wife's view of erectile dysfunctions, couple intervention treatment, and treatment expectation.

**Conclusion:** Dominance of men, and women's passive reaction or incorrect behavior is an effective factor in lack of treatment seeking. Counseling with the partner, on the interaction method with spouse, improves the treatment seeking process for men.

**Keywords:** Erectile dysfunction, Sexual dysfunction, Couples, Sexual relationship, Qualitative research

**Citation:** Ozgoli G, Ziaei S, Ahmadi F, Azar M. Women's Perception of Their Husbands' Treatment of Erectile Dysfunction. J Qual Res Health Sci 2014; 3(2): 162-74.

Received date: 21.04.2014

Accept date: 09.06.2014

1- PhD Student, Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran  
 2-Professor, Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran  
 3-Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran  
 4-Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
**Corresponding Author:** Saeideh Ziaei PhD, Email: ziaei\_sa@modares.ac.ir